

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**UPLA**  
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**ALARGAMIENTO CORONARIO CON TÉCNICA  
CONVENCIONAL EN DIENTES ANTERIORES SUPERIORES**

Para Optar : EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

Autor : Bach. Luis Alberto OLIVERA JUSTO

Asesor : MG.C.D. Juan Wilfredo González Vivas

Líneas de Investigación : Salud y Gestión de la salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2023

## **DEDICATORIA**

A Dios, por sus bendiciones y la fortaleza para vencer todo obstáculo, a mi madre amada, a mis hijos que son mi motivo para seguir superándome en todo aspecto, a mi amada esposa por su apoyo incondicional y a mis hermanos por su cariño de toda la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios, por haberme acompañado en mi caminar profesional, por ser luz en mi camino y darme sabiduría y fortaleza para alcanzar mis objetivos académicos.

Agradezco, con inmenso amor a mi madre, y a mi padre que está en el cielo, a mis amados hijos Camila y Daniel, a mi amada esposa, a mis apreciados hermanos, a mis incondicionales familiares y amigos de buena voluntad por haber contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

*Luis Alberto OLIVERA JUSTO*

# CONSTANCIA

## DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

### ALARGAMIENTO CORONARIO CON TÉCNICA CONVENCIONAL EN DIENTES ANTERIORES SUPERIORES

Cuyo autor (es) : OLIVERA JUSTO LUIS ALBERTO  
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional : ODONTOLOGIA  
Asesor (a) : MG. GONZALEZ VIVAS JUAN WILFREDO

Que fue presentado con fecha: 04/04/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 05/04/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 26%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 05 de abril de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
Facultad de Ciencias de la Salud

*Edith Ancco Gomez*  
Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 151 – DUI – FCS – UPLA/2023

c.c.: Archivo  
EAG/vjchp

## Contenido

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
CONTENIDO DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I.....	10
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	10
<b>1.2.1 Antecedentes .....</b>	10
<b>1.2.1.1. Antecedentes Nacionales.....</b>	10
<b>1.3. Bases teóricas .....</b>	13
<b>1.3.1. Estética a nivel odontológico.....</b>	13
<b>1.3.2. Sonrisa .....</b>	13
<b>1.3.3. Línea de sonrisa .....</b>	13
<b>1.3.4. Sonrisa gingival.....</b>	15
<b>1.3.5. Encía .....</b>	15
<b>a) Encía adherida.....</b>	15
<b>b) Encía marginal libre .....</b>	16
<b>c) Encía papilar.....</b>	16
<b>1.3.6. Tamaño de los Dientes .....</b>	16
<b>1.3.7. Alargamiento coronario.....</b>	17
<b>1.3.8. Indicaciones para el alargamiento coronario.....</b>	17
<b>1.3.9. Aspectos a considerar para el alargamiento coronario.....</b>	17
<b>1.3.9.1. Factores relevantes para el procedimiento quirúrgico de alargamiento coronario .</b>	18
<b>1.3.10 Causas de corona clínica corta .....</b>	19
<b>1.3.11. Técnicas de alargamiento coronario .....</b>	20
<b>1.3.12. Alargamiento coronario quirúrgico.....</b>	20
<b>1.3.13. Procedimientos para el Alargamiento coronal .....</b>	21
<b>1.4 Objetivos .....</b>	22
<b>1.4.1. Objetivo general .....</b>	22
<b>1.4.2. Objetivos específicos.....</b>	22
CAPITULO II.....	23
<b>2. DESARROLLO DEL CASO CLINICO .....</b>	23
<b>2.1. Historia Clínica.....</b>	23
<b>2.2. Examen clínico general .....</b>	23

2.3. Diagnóstico y pronóstico .....	26
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>28</b>
3. Formulación del Plan de tratamiento general .....	28
3.1. Fase quirúrgica .....	28
3.2 Plan de control y mantenimiento .....	34
<b>IV. APORTES.....</b>	<b>35</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>41</b>
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	41
Anexo 2. Declaración jurada de autoría.....	42
Anexo 3. Fotografías , datos y análisis de laboratorio del paciente .....	43

## CONTENIDO DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. Línea de sonrisa baja .....	5
Figura 2. Línea de sonrisa a media altura.....	5
Figura 3. Línea de sonrisa elevada .....	6
Figura 4. Sonrisa gingival.....	6
Figura 5. Fotografía de odontograma.....	16
Figura 6. Fotografías extraorales de frente y lateral .....	17
Figura 7. Fotografía de la zona del problema.....	17
Figura 8. Fotografía de radiografías periapicales de diagnóstico .....	18
Figura 9. Asepsia-antisepsia .....	19
Figura 10. Fotografía de anestesia .....	20
Figura 11. Fotografías de sondaje periodontal .....	20
Figura 12. Fotografías de medición de longitud vertical y marcaje de puntos sangrantes...	21
Figura 13. Fotografía de las Incisiones .....	21
Figura 14. Fotografía de eliminación del ribete de tejido blando (encía) .....	22
Figura 15. Fotografía de contorneo final con fresa de diamante de grano fino .....	22
Figura 16. Fotografía del aspecto de los márgenes inmediatamente después de la cirugía en la pieza 21 .....	22
Figura 17. Fotografía de sondaje de corroboración .....	23
Figura 18. Fotografía de terminación inmediata de la cirugía de alargamiento coronario....	23
Figura 19. Fotografía de apósito quirúrgico .....	24
Figura 20. Fotografía del antes y después del alargamiento coronario con técnica convencional en dientes anteriores superiores .....	24
Figura 21. Fotografía de paciente y operador .....	24

## RESUMEN

Hoy en día, la odontología cosmética, llamada también estética dental, es una de las especialidades más importantes en el campo de la odontología. Las necesidades de las clínicas dentales son cada vez más diversificadas. Solían venir los pacientes por problemas dentales como caries, o por problemas de salud periodontal o necesidad de tratamiento de conducto, tienen actualmente objetivos estéticos claros, dando cada vez más importancia a la estética sofisticada no solo a nivel dental sino también a nivel gingival. Mientras que en el pasado los tratamientos solo se ocupaban de la parte biológica, hoy añadimos la parte estética que quieren nuestros pacientes tal es el caso del alargamiento de corona<sup>1,2</sup>. El objetivo general del presente trabajo de suficiencia profesional, es recontornear la encía que ha perdido su forma fisiológica, mediante la técnica convencional, utilizando mango y bisturí, para mejorar la estética de un paciente, que expone sonrisa gingival, siendo los objetivos específicos el de realizar un diagnóstico clínico preciso y un tratamiento estético, para el alargamiento de corona y aplicar el protocolo de tratamiento quirúrgico correcto. Concluyendo con resultados muy favorables a los 7 días postoperatorios logrando obtener armonía periodontal y estética. El diagnóstico clínico debe ser preciso en el tratamiento estético, para el alargamiento de corona.

**Palabras clave:** Alargamiento coronario, técnica convencional, protocolo quirúrgico.



## ABSTRACT

Today, cosmetic dentistry, also called cosmetic dentistry, is one of the most important specialties in the field of dentistry. The needs of dental clinics are increasingly diversified. Patients used to come for dental problems such as cavities, or for periodontal health problems or the need for root canal treatment. Currently, they have clear aesthetic objectives, giving more and more importance to sophisticated aesthetics, not only at the dental level but also at the gingival level. While in the past, treatments only dealt with the biological part, today we add the aesthetic part that our patients want, such is the case of crown lengthening<sup>1, 2</sup>. The general objective of this work of professional sufficiency is to recontour the gum that has lost its physiological shape, by means of the conventional technique, using a handle and a scalpel, to improve the aesthetics of a patient, who exposes a gummy smile, the specific objectives being to perform an accurate clinical diagnosis and aesthetic treatment, for crown lengthening and apply the correct surgical treatment protocol. Concluding with very favorable results at 7 postoperative days, achieving periodontal and aesthetic harmony. The clinical diagnosis must be precise in the aesthetic treatment, for crown lengthening.

**Key words:** Coronary lengthening, conventional technique, surgical protocol.

## INTRODUCCIÓN

El alargamiento coronario como su propio nombre lo indica, es un proceso que permite incrementar la longitud de la corona. Puede realizarse en uno o varios dientes, en función de lo que haya motivado la operación y la finalidad de la misma. Este es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados para restaurar la estética en la región o zona anterosuperior, indicado en casos donde la corona clínica no tiene la longitud suficiente, cuando hay caries o fracturas subgingivales y para mejorar la estética en pacientes con margen gingival desigual; se deben tener en cuenta varios aspectos antes de proceder con el alargamiento de corona, las encías sanas son un requisito previo para controlar la respuesta de los tejidos periodontales, es necesario tener en cuenta la posición de los dientes en la arcada, el valor estratégico y el ancho de encía queratinizada, la distancia entre la unión cemento-esmalte a la cresta alveolar alrededor del diente afectado, la proporción de la raíz de la corona, la anatomía de la raíz, la formación o biotipo gingival, el grosor del hueso alveolar <sup>1</sup>.

El informe de suficiencia profesional, trata sobre el caso de un paciente de sexo femenino de 27 años de edad, quien manifiesta que sus dientes son muy pequeños y no sonríe en forma habitual, no presenta antecedentes médicos de interés, no toma medicamentos que pudieran interferir con el tratamiento, se cepilla dos veces al día, se realizó el sondaje presentando sangrado localizado, y el índice de higiene oral inferior al 30%, la radiografía periapical mostro la distancia real del margen gingival a la unión cemento esmalte (UCE) y de la misma a la cresta ósea, el hueso se sitúa a 1.5 a 2 mm de la unión amelocementaria. Siendo del tipo 1 Subgrupo A. Encontrándose a nivel de los dientes anteriores de canino a canino 1.3-2.3, una importante cantidad de encía adherida y la línea mucogingival está alejada del nivel de la unión amelocementaria. Por lo que se realizó el alargamiento coronario con técnica convencional, con mango y hoja de bisturí para recontornear los dientes anteriores superiores 1.1-1.3-2.1-2.3.

## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1 Descripción del problema

La principal razón por la que los pacientes acuden a la consulta para solicitar un alargamiento de las coronas dentales es por motivos estéticos, aunque existen otras razones no menos importantes que justifican dicho alargamiento tales como un diente o labio superior corto deformidad esquelética hiperplasia gingival erupción pasiva alterada entre otros, la estética es fundamental en todos los procedimientos dentales, hoy en día los pacientes tienen grandes expectativas en este sentido, así es que se ha convertido en uno de los grandes objetivos a la hora de realizar cualquier tratamiento; la cirugía periodontal en algunos casos puede ayudar a lograr este objetivo, nos permite conseguir una sonrisa armoniosa, la combinación de una corona corta y una línea de sonrisa alta crea una cantidad excesiva de encía que queda expuesta cuando el paciente habla o sonríe, lo que se denomina sonrisa gingival; y puede causar grandes problemas estéticos, porque la relación entre apariencia y autoestima individual depende en gran medida del rostro, y la dentadura uno de los principales polos de atracción<sup>2</sup>.

#### 1.2.1 Antecedentes

##### 1.2.1.1. Antecedentes Nacionales

**Madueño L. Rivera M.**<sup>3</sup>, estudio realizado en Lima al que titularon “Cambios dimensionales y estabilidad de los tejidos para la rehabilitación luego de un alargamiento de corona clínica: revisión sistemática; el propósito fue evaluar los cambios dimensionales que se producen después de la cirugía de alargamiento de corona clínica CACC y el tiempo durante el que se producen estos cambios, materiales y métodos: revisión realizada de acuerdo a la guía PRISMA por dos evaluadores independientes, previamente calibrados; 327 sujetos evaluados en los que se realizaron 5 diferentes procedimientos de Cirugía de alargamiento coronario (CACC) con un seguimiento de 3 a 12 meses. Se encontró estabilidad en los tejidos desde los 2 hasta los 12 meses; conclusiones: Los mayores cambios dimensionales se presentaron durante los primeros 3

meses, prolongándose hasta los 12 meses posterior al procedimiento, estos cambios estarían influenciados por técnica quirúrgica, el tipo de pieza dentaria, superficie dentaria, biotipo, y cantidad de resección ósea”<sup>3</sup>.

**Huacayo E.**<sup>4</sup>, trabajo de investigación realizado en Huancayo el año 2021, al que denominó “Alargamiento coronario, tratamiento estético periodontal - Reporte de un caso en Huancayo-2021; El presente caso detalla el alargamiento de la corona con la cirugía periodontal, inicialmente se realizó un análisis de la sonrisa teniendo en cuenta factores gingivales estéticos correspondientes, en una persona de sexo femenino de 27 años, manifiesta como motivo de consulta “no me gusta mi sonrisa”, por presentar coronas cortas en los dientes anteriores superiores, se lleva a cabo, alargamiento coronario se realizó un análisis integro de la relación corona-raíz-hueso; se realizó la evaluación clínico estomatológico integral, no se encuentra bajo tratamiento médico, no refiere ser alérgico, ni sufrir antecedentes hemorrágicos, ni alteraciones cardiovasculares, para proceder a los exámenes complementarios como son radiografías y exámenes de laboratorios correspondientes, de acuerdo a los análisis, se determinó que el paciente no presentaba riesgo sistémico y el riesgo estomatológico era bajo por lo que se procedió a efectuar la cirugía, conclusiones: Se debe diagnosticar adecuadamente; la erupción pasiva alterada; realizando un examen clínico meticuloso y el examen radiológico preciso, para luego, establecer un diagnóstico diferencial; el alargamiento coronario, con un tratamiento periodontal, debe ser tomado en cuenta en la práctica del odontólogo general, para corregir problemas estéticos, debido a alteraciones, en el contorno gingival en dientes anteriores en pacientes, que no muestran completamente la corona dental y presentan sonrisa alta<sup>4</sup>.

#### 1.2.2. Antecedentes Internacionales

**Briones S.**<sup>5</sup> investigación realizada en Ecuador el año 2020 a la que denominó “Efectividad estética del Alargamiento de Corona en casos de Sonrisa Gingival; el objetivo fue: Restablecer la estética del paciente que presenta sonrisa gingival mediante el alargamiento de corona,

empleo el diseño cualitativo basándose en un caso clínico, donde el paciente atendido de sexo femenino con presencia de sonrisa gingival ; conclusiones: Se pudo demostrar la efectividad estética que tiene el alargamiento de corona en casos de sonrisa gingival, para esto se realizó un caso clínico donde se estableció como tratamiento alargamientos de coronas con colgajo de reposición apical, durante la realización de este caso no se obtuvieron dificultades de relevancia y los resultados obtenidos fueron satisfactorios para el paciente sometido a la cirugía periodontal sintiéndose satisfecho con los resultados<sup>5</sup>.

**Pinos X. et al.**<sup>6</sup>, estudio desarrollado en Cuenca Ecuador, el año 2021, llamado “Alargamiento de corona en zona estética; consideran que: El alargamiento de corona en sector estético es un procedimiento quirúrgico periodontal que consiste en eliminar tejido gingival y óseo para crear una corona clínica más larga y desplazar el margen gingival en sentido apical obteniendo resultados estéticos a largo plazo; el objetivo de este artículo fue presentar el manejo clínico del alargamiento de corona y el procedimiento restaurativo en el sector anterior para favorecer la estética en pacientes con coronas clínicas cortas y con una línea de sonrisa alta; conclusión: El procedimiento de alargamiento de corona clínica en sector estético tiene muy buenos resultados a largo plazo si respetamos tanto el espacio biológico, el tiempo de la fase de restauración provisional protésica después de la cirugía (3 semanas) y la fase final de la restauración protésica (6 meses)<sup>6</sup>.

**Sierra J. Sandoval S. Andrade F.**<sup>7</sup>, investigación realizada en Manta Ecuador el año 2022, denominada “ Principios quirúrgicos y protésicos del alargamiento coronario: revisión de la literatura; afirman que el alargamiento de corona es un procedimiento quirúrgico, incluido dentro de la cirugía periodontal a colgajo, consistente en eliminar encía y hueso para crear una corona clínica más larga, seleccionaron artículos científicos, tesis, disertaciones, libros y publicaciones web que permitan exponer la información analizada y resumida de alargamiento coronario, conclusiones :ya sea por razones estéticas, restaurativas o de salud periodontal el

alargamiento coronario es un procedimiento periodontal en donde se debe valorar determinados factores anatómicos y recordar las dimensiones sobre la anchura biológica compatible con un óptimo estado periodontal; las investigaciones expuestas en el tema coinciden que va a depender del estudio previo que se le realice al paciente para obtener un plan odontológico adaptado a la necesidad del paciente. La bibliografía respecto al alargamiento coronario denotan una discusión respecto a las mediciones que debe realizar el profesional para obtener resultados óptimos, sin embargo, se encuentra que ello va a depender de las características morfológicas del paciente<sup>7</sup>.

### **1.3. Bases teóricas**

#### **1.3.1. Estética a nivel odontológico**

La odontología estética es muy importante porque, como su nombre indica, engloba todo lo relacionado con la estética, el embellecimiento de los dientes, en muy diferentes formas y posibilidades. Las mejoras en técnicas quirúrgicas asimismo en materiales han proporcionado a los dentistas medios adicionales de expresión artística<sup>8</sup>.

La odontología cosmética o estética es una especialidad de la odontología, que se ocupa de los problemas relacionados con la armonía estética de la boca; en general con la salud bucal y con tratamientos estéticos odontológicos de diferente estética, con el objetivo de ajustarse a los tres factores que intervienen en la determinación de la sonrisa perfecta: labios, encías y dientes<sup>8</sup>

#### **1.3.2. Sonrisa**

Una sonrisa es una parte importante de los estereotipos y percepciones físicas de un individuo, y también es importante para que otros evalúen nuestra apariencia y personalidad. Por lo tanto, la simetría de la sonrisa juega un papel importante en la percepción de la belleza<sup>9,10</sup>.

#### **1.3.3. Línea de sonrisa**

Se evalúa el tamaño de la porción visible de las superficies dentales, quiere decir que se basa en la visibilidad de los dientes y de la encía en la región de los dientes anteriores superiores, se puede distinguir línea de sonrisa baja, línea de sonrisa a media altura y línea de sonrisa elevada.

a) **Línea de sonrisa baja.** Visibilidad de los dientes en un 75% de los dientes superiores anteriores **Figura 1. Línea de sonrisa baja**



Fuente: Fradeani M. Análisis dentolabial, 3.<sup>a</sup> parte: Línea de sonrisa<sup>11</sup>

b) **Línea de sonrisa a media altura.** Visibilidad de los dientes entre el 75 al 100% de los dientes superiores anteriores con papilas interdientales

**Figura 2. Línea de sonrisa a media altura**



Fuente: Fradeani M. Análisis dentolabial, 3.<sup>a</sup> parte: Línea de sonrisa<sup>11</sup>

c) **Línea de sonrisa elevada.** Visibilidad de los dientes en un 100% de los dientes superiores anteriores mostrándose una exposición de gran superficie de la encía ubicada encima

**Figura 3. Línea de sonrisa elevada**



Fuente: Fradeani M. Análisis dentolabial, 3.<sup>a</sup> parte: Línea de sonrisa<sup>11</sup>

#### **1.3.4. Sonrisa gingival**

Una sonrisa gingival es cuando se ven más de 3-4 mm de encía por encima de los dientes<sup>11</sup>.

**Figura 4. Sonrisa gingival**



Fuente: Fradeani M. Análisis dentolabial, 3.<sup>a</sup> parte: Línea de sonrisa<sup>11</sup>

#### **1.3.5. Encía**

La encía es la parte de la mucosa bucal que se encuentra íntimamente adherida a los dientes, cuyo límite se extiende desde el margen gingival hasta la línea mucogingival. El tejido masticatorio o mucosa masticatoria que recubre el proceso alveolar y rodea el cuello o porción cervical del diente, la encía toma su forma final al final de la erupción del diente<sup>12</sup>.

##### **a) Encía adherida**

Es una encía queratinizada que se extiende coronalmente desde la línea mucogingival y está firmemente unida al periostio por fibras de colágeno. El ancho de la corona de la encía adherida



varía mucho de un diente a otro y de una persona a otra. La superficie gingival tiende a ensancharse con la edad y, a menudo, muestra una apariencia similar a la piel de naranja conocida como punteado <sup>13</sup>.

#### **b) Encía marginal libre**

Mide aproximadamente 1,5 mm y rodea el diente, cuya superficie interna forma el surco gingival, cuya presencia permite reconocer la encía marginal libre en la superficie vestibular. surco gingival<sup>13</sup>.

#### **c) Encía papilar**

Las encías sanas llenan por completo los espacios entre los dientes, también llamados encías interdentes o papilas gingivales. La superficie coronal de la papila se encuentra justo en el vértice de las superficies de contacto de dos dientes adyacentes. En la parte posterior de la boca, donde el área de contacto de diente a diente es generalmente amplia, la encía interdental consta de dos papilas conectadas por el col <sup>13</sup>.

El col consiste en un epitelio no queratinizado que es esencialmente la fusión del epitelio de unión interdental de dos dientes adyacentes. La estructura es susceptible a sustancias nocivas y traumatismos, ante la ausencia de un diente las papilas interdentes y el col están ausentes <sup>13</sup>.

### **1.3.6. Tamaño de los Dientes**

La estructura de los dientes es muy importante en lo que se considera la estética de la sonrisa. Existe una proporción adecuada entre el largo, la forma, el ancho y el color de los dientes que se considera el determinante al momento de una sonrisa<sup>3, 14</sup>.

La relación de tamaño que existe entre los incisivos centrales y los incisivos laterales superiores se conoce como "proporción áurea", y la longitud promedio de los incisivos centrales y caninos es de 10 mm, con 7 mm a 12 mm en hombres y mujeres. Por otro lado, si es igual a Rango

menos 1 mm, se supone que los incisivos laterales son 1,4 mm más pequeños que los dientes caninos y medios para ambos sexos <sup>3,14</sup>.

En una sonrisa atractiva, los dientes frontales están dispuestos con su eje longitudinal corriendo continuamente desde la línea media hasta la región posterior. Por otro lado, los dientes frontales superiores están ligeramente inclinados hacia mesial <sup>14</sup>.

### **1.3.7. Alargamiento coronario**

Uno de los procedimientos más comunes para restaurar la estética en la región maxilar es el alargamiento de corona, el cual está indicado en los casos en que la corona clínica no tiene la longitud suficiente, y en presencia de caries o fracturas. Con márgenes de encía desiguales <sup>15</sup>.

El alargamiento de corona, con o sin extracción de hueso alveolar, es un procedimiento quirúrgico destinado a exponer la estructura dental sana mediante el reposicionamiento apical del tejido gingival <sup>15</sup>.

### **1.3.8. Indicaciones para el alargamiento coronario**

Está indicado en el caso de coronas clínicas de longitud insuficiente, en el caso de caries o fracturas subgingivales; con potencial para restaurar y mejorar la estética en pacientes con márgenes gingivales irregulares y exposición gingival excesiva <sup>15</sup>.

### **1.3.9. Aspectos a considerar para el alargamiento coronario**

Se deben considerar muchos aspectos antes de proceder a realizar un alargamiento de corona, el tejido periodontal saludable es un requisito previo para controlar la respuesta de los mismos y se requiere la interconsulta muchas veces para establecer el tipo de restauración a realizar, lo que le permite evaluar la viabilidad de efectuar la acción quirúrgica<sup>15</sup>.

Se debe tener en cuenta la ubicación de los dientes dentro del arco dental, su valor estratégico, ancho gingival queratinizado, distancia desde la unión cemento-esmalte hasta el reborde

alveolar alrededor del diente afectado, relación corona-raíz, física de la anatomía radicular, biotipo gingival y espesor del hueso alveolar, y examen de la sonrisa del paciente al tratar los dientes anteriores superiores<sup>15</sup>.

### **1.3.9.1. Factores relevantes para el procedimiento quirúrgico de alargamiento coronario**

#### **A) Grosor**

Es un factor a tener en cuenta para valorar mejor el ángulo del bisturí y por tanto el grado de adelgazamiento del tejido. Cuanto mayor sea el ángulo del bisturí, más delgado será el tejido gingival <sup>16</sup>.

#### **B) Manipulación ósea**

La exposición del hueso alveolar y las técnicas de ostectomía u osteoplastia, incluso si se realizan con la técnica y la irrigación adecuadas, representan un traumatismo en el hueso alveolar <sup>16</sup>.

#### **C) Línea mucogingival (LMG)**

Esto limita la extensión de la gingivectomía a la altura de la corona y deja la mínima encía queratinizada necesaria para asegurar la salud gingival <sup>16</sup>.

#### **D) Furca**

Para los dientes afectados por lesiones de furca o rizomas cortos, los procedimientos de escisión deben limitarse tanto a nivel óseo como gingival para evitar la exposición de la furca que puede comprometer la salud periodontal <sup>16</sup>.

#### **E) Expectativas del paciente sobre el alargamiento coronal**

Las expectativas estéticas del paciente, se deben de tener en consideración al diseñar la cirugía. En ocasiones, el paciente puede decidir o sugerir el tamaño del diente, esto es en casos en el que se restaurará con una corona o carilla. Por otro lado, el paciente puede limitar sobre la

exposición del diente por razones estéticas. Mientras la salud de las encías no se vea comprometida, estos factores deben ser considerados<sup>16</sup>.

#### **F) Relación corono-radicular**

Exceder la osteotomía puede alterar este radio, o relación, dando lugar a la movilidad del diente, por lo que se debe tener en cuenta este factor <sup>16</sup>.

#### **1.3.10 Causas de corona clínica corta**

Se considera como causa de una corona clínica corta la erupción pasiva alterada, asimismo factores como la forma del diente y el desgaste oclusal,

La búsqueda de LAC con una sonda periodontal es fundamental para el diagnóstico diferencial.

Las erupciones pasivas modificadas se pueden descartar si el LAC está en una posición fisiológica dentro del surco. La localización de la LAC mediante el sondaje con erupción pasiva modificada no es fácil por dos razones: en primer lugar, la encía bucal suele estar unida a la superficie del esmalte por un epitelio de unión largo; no sondada (la presencia de seudobolsas vestibulares en dientes cortos altera significativamente la erupción pasiva). ), y en segundo lugar, en dientes con erupción pasiva alterada, la cresta vestibular se encontraba menor que la LAC, esto se debe a que es más coronal que la anterior. En otras palabras, incluso si hay un bolsillo falso, no se puede localizar <sup>17</sup>.

Cuando se diagnostican erupciones pasivas modificadas, las radiografías intraorales con el paralelizador de Rinn son muy útiles. Si hay una diferencia obvia (> 3 mm) entre la longitud de la corona clínica (distancia desde el borde incisal y el margen gingival) y la longitud de la corona radiográfica (distancia desde el LAC hasta el borde incisal), se puede corregir un diagnóstico de erupción pasiva. hecho. Lo hice con seguridad. Sin embargo, las radiografías apicales pueden ser inadecuadas para distinguir entre los tipos A y B porque la posición de la cresta ósea puede no determinarse en relación con el LAC <sup>17</sup>.

Se requiere sondaje óseo bajo anestesia local para distinguir entre los dos subgrupos A y B. Si el LAC es palpable durante el sondaje, es Tipo A, pero si se alcanza la cima sin identificar el LAC, se diagnostica una erupción pasiva Tipo B <sup>17</sup>.

### **1.3.11. Técnicas de alargamiento coronario**

El alargamiento de corona, como técnica es un procedimiento quirúrgico dentro de la cirugía de colgajo periodontal con el objetivo de producir coronas clínicas más largas; mueve el margen gingival hacia apical hasta el punto de cortar la encía y/o el hueso, teniendo en cuenta la presentación biológica<sup>17</sup>.

a) Gingivectomía

b) Colgajo de reposición apical

c) Sin cirugía ósea

d) Con cirugía ósea (osteoplastia y ostectomía)

e) Ortodoncia

Técnicas a considerar son la técnica convencional en el que se realiza con mango y hoja de bisturí, la técnica laser que se realiza un tratamiento sin sangrado y en algunos casos sin anestesia, está recomendado en pacientes con encía prominente y en post ortodoncia, luego tenemos la técnica electro quirúrgica, se realiza con el electrobisturí usada mayormente para un remodelado fino.

Para lograr con éxito los objetivos propuestos, es necesario especificar cada caso, considerar los factores morfológicos y limitantes mencionados anteriormente, y realizar una correcta planificación y diseño quirúrgico adecuado <sup>18</sup>.

### **1.3.12. Alargamiento coronario quirúrgico**

La gingivectomía es uno de los métodos más empleado de tratamiento y el otro es el de reposición apical a través de un colgajo que permite el alargamiento coronario consiguiendo la

anchura biológica y una arquitectura que afecta la porción corono radicular que alcanza al terminar el tratamiento de formación de la raíz hacia apical<sup>19</sup>.

La gingivectomía consiste en el tratamiento dental en el que se elimina o corta un poco de encía que rodea el diente con el fin de obtener una sonrisa estética<sup>19</sup>

### **1.3.12. Métodos no quirúrgicos**

#### **Extrusión ortodóncica,**

Esta técnica ha demostrado repetidas veces sus beneficios a la hora de recuperar la anchura biológica, es una técnica apropiada para ganar tejido dentario sano supracrestal para una correcta restauración<sup>19</sup>.

### **1.3.13. Procedimientos para el Alargamiento coronal**

Para realizar el alargamiento coronal se dan las instrucciones de higiene oral, luego se efectúan la profilaxis, el raspado y alisado radicular si las hubiese y sean >4 mm; luego se debe proceder a una reevaluación, para realizar el alargamiento coronario quirúrgico<sup>19</sup>.

Anestesia: se utilizó anestesia local con lidocaína al 2% y epinefrina, luego, sondamos hueso para no invadir la anchura biológica, debe ser al menos de 3 mm<sup>19</sup>

Incisión.- se procederá a realizar una primera incisión marcando la altura del LAC, y se llevara a cabo la eliminación del rodete gingival, sólo se elimina el tejido de las superficies vestibulares, dejando la papila interdental intacta, una vez elevado el colgajo, se llevara a cabo osteotomía para así poder ajustar las dimensiones a las de la anchura biológica (3 mm), tras ello, se sutura, reposicionando el colgajo a nivel de las papilas mediante sutura de 5/0 no reabsorbible, pasados 7 días, se lleva a cabo la retirada de los puntos<sup>19</sup>.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Recontornear la encía que ha perdido su forma fisiológica, mediante la técnica convencional, utilizando mango y bisturí, para mejorar la estética de un paciente, que expone sonrisa gingival

### **1.4.2. Objetivos específicos**

Realizar un diagnóstico clínico preciso y un tratamiento estético, para el alargamiento de corona y aplicar el protocolo de tratamiento quirúrgico correcto.

## **CAPITULO II**

### **2. DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

#### **2.1. Historia Clínica**

##### **Datos de Filiación**

- NOMBRE Y APELLIDOS:** Estefany Elizabeth MUNIVE CABEZAS
- EDAD:** 27 AÑOS.
- SEXO:** FEMENINO
- ESTADO CIVIL:** Soltera
- DOMICILIO:** Barrio Chonta S/N- Chupuro-Huancayo-Junín
- OCUPACION:** Estudiante Universitario
- FECHA DE NACIMIENTO:** 23/05/1995
- LUGAR DE PROCEDENCIA:** Huancayo

##### **Anamnesis:**

- A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Mis dientes son muy pequeños y no puedo sonreír casi nunca”
- B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Asintomático
- C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere antecedentes

#### **2.2. Examen clínico general**

##### **FUNCIONES VITALES:**

- P.A.:** 120 / 80 mm Hg.
- PULSO:** 70 pulsaciones x minuto.
- TEMPERATURA:** 37 °C.
- FREC. RESPIRATORIA:** 20 respiraciones x minuto.



□ **ESTADOS DEL PACIENTE:** ABEG, LOTEP.

**Examen estomatológico elemental:**

**Examen Extrabucal**

- Cara normal
- Labios hipotónicos
- ATM sin alteración aparente
- Mejilla en estado normal
- Ganglios en estado normal

**Examen intrabucal**

- **Encía marginal:** en el sector anterior lisa brillante, en el sector antero inferior presenta, pérdida de filo de cuchillo, no presenta sangrado

**Encía papilar:** eritematoso, blanda a nivel de la pieza 3.6 y 3.7

**Encía adherida:** firme, rugosa, sin movilidad de color rosado coral

- **Lengua** ovalada normal
- **Carrillos** humectados sin alteración aparente
- **Paladar** normal rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.
- **Piso de la boca** normal, frenillos sin alteración importante
- **Glándulas salivales** normales
- **Oro Faringe** sin alteración

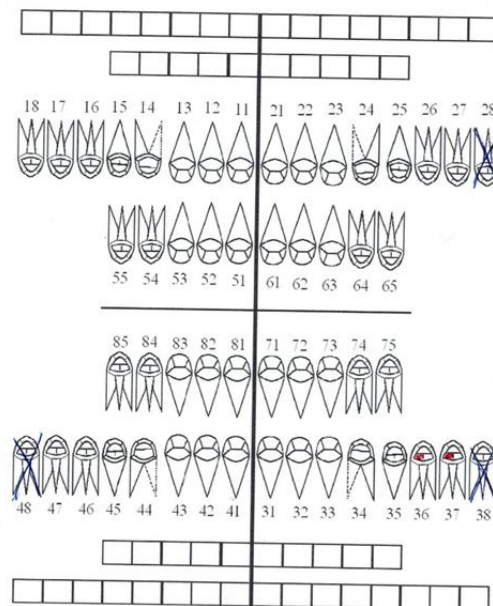
OCLUSION: R.M.D = Clase I. R.M.I = Clase I.

R.C.D = Clase I. R.C.I = Clase I.

SISTEMA DENTARIO: 28 piezas dentarias.

Al examen clínico se visualiza haber recibido tratamientos de operatoria dental, restauraciones de resina en dientes molares 36,37.

**Figura 5. Fotografía de odontograma**



OBSERVACIONES.....

Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 6. Fotografías extraorales de frente y lateral**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 7. Fotografía de la zona del problema**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

### **2.3. Diagnóstico y pronóstico**

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad, al examen clínico presenta coronas cortas, manifiesta que no sonríe en forma habitual, porque sus dientes son muy pequeños; no presenta antecedentes médicos de interés, no toma medicamentos que pudieran interferir con el

tratamiento, se cepilla dos veces al día, se realizó el sondaje presentando sangrado localizado, y el índice de higiene oral inferior al 30%,

Exámenes de ayuda Diagnóstica:

**Figura 8. Fotografía de radiografías periapicales de diagnóstico**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Informe:** la radiografía periapical mostro la distancia real del margen gingival a la unión cemento esmalte (UCE) y de la misma a la cresta ósea, el hueso se sitúa a 1.5 a 2 mm de la unión amelocementaria. Adecuada distancia entre corona-raíz

**Diagnóstico Definitivo:**

Margen gingival anterior superior irregular, con presencia de coronas clínicamente cortas en los dientes 13 al 23; encontrándose una importante cantidad de encía adherida y la línea mucogingival está alejada del nivel de la unión amelocementaria. Siendo del tipo 1 Subgrupo A

**Pronóstico**

Favorable para realizar alargamiento coronario con técnica convencional, con mango y hoja de bisturí para recontornear los dientes anteriores superiores 11-13-21-23

## CAPITULO III

### 3. Formulación del Plan de tratamiento general

Para realizar el alargamiento coronal se dieron las instrucciones de higiene oral, luego se efectuó la profilaxis, no se realizó raspado ni alisado radicular porque no hubo presencia de bolsas periodontales se revaluó para proceder al alargamiento coronario quirúrgico<sup>19</sup>.

#### 3.1. Fase quirúrgica

##### A) Anestesia

Con Lidocaína 2 % con adrenalina 1:80000, para anestesiar el nervio alveolar anterior superior derecho e izquierdo

#### Figura 9. Asepsia-antisepsia



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 10. Fotografía de anestesia**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**B) Sondaje periodontal y ubicación de los puntos sangrantes que delimitan la incisión**

Se efectuó el sondeo periodontal con la finalidad de medir el espesor biológico para poder determinar la altura y posición de la cresta ósea, enseguida se mide la longitud vertical de los dientes en los cuales se efectuará el alargamiento de corona, se marcó los puntos sangrantes que nos delimitan y delinean la zona de incisión.

**Figura 11 . Fotografías de sondaje periodontal**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 12. Fotografías de medición de longitud vertical y marcaje de puntos sangrantes**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

### **C) Incisiones**

Se realizan incisiones sobre los puntos sangrantes a bisel interno con hoja de bisturí 15c, para obtener mejores resultados estéticos de mesial a distal en cada diente a efectuar el alargamiento coronario.

**Figura 13. Fotografía de las Incisiones**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**D) Eliminación del ribete de tejido blando se utiliza una cureta de Crane Kaplan**

**Figura 14. Fotografía de eliminación del ribete de tejido blando (encía)**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**E) Remodelación del tejido marginal con fresa de diamante de grano fino**

Este procedimiento nos permite obtener una cicatrización por segunda intención por medio de un apósito quirúrgico.

**Figura 15. Fotografía de contorneo final con fresa de diamante de grano fino**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 16. Fotografía del aspecto de los márgenes inmediatamente después de la cirugía en la pieza 21**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo



## **F) Sondaje de corroboración**

La nueva distancia es de 3mm entre la cresta alveolar y el margen gingival

**Figura 17. Fotografía de sondaje de corroboración**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 18. Fotografía de terminación inmediata de la cirugía de alargamiento coronario**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

## **G) Colocación de apósito quirúrgico**

Se efectúa para proteger el lecho quirúrgico para adecuada cicatrización por segunda intención

**Figura 19. Fotografía de apósito quirúrgico**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 20. Fotografía del antes y después del alargamiento coronario con técnica convencional en dientes anteriores superiores**

**Antes**



**Después**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

**Figura 21. Fotografía de paciente y operador**



Autor: Luis Alberto Olivera Justo

### **3.2 Plan de control y mantenimiento**

Se le prescribió al paciente enjuagues de clorhexidina al 0.12% cada 12 horas en un lapso de 15 días, asimismo ketorolaco, 10 mg uno cada 8 horas por 3 días, siendo las recomendaciones evitar fumar, si hubiese inflamación en el rostro utilizar compresas frías, y tomar antiinflamatorios prescritos, evitar esfuerzos físicos y mantener higiene oral cuidadosa, asimismo evitar alimentos duros por lo menos 24 horas después de la cirugía.

#### IV. APORTES

- El alargamiento coronario con técnica convencional, en dientes anteriores superiores que se realiza, con mango y hoja de bisturí número 15 C, para mejores resultados estéticos, no es invasiva, no hay elevación de colgajo, nos permite eliminar el ribete de tejido, para luego remodelar el tejido marginal remanente, con una fresa de diamante de grano fino, para finalmente, obtener una cicatrización por segunda intención, mediante la utilización de un apósito quirúrgico.
- Para el diagnóstico diferencial se debe localizar la LAC mediante la sonda periodontal; podemos descartar erupción pasiva modificada; si el LAC está situado dentro del surco, donde normalmente estaría.
- Los resultados obtenidos a los 7 días nos indican un buen estado de los tejidos involucrados en el alargamiento coronario, siendo esta técnica convencional una opción cómoda para el paciente

## V. CONCLUSIONES

- En el presente caso se obtuvieron resultados favorables a los 7 días postoperatorios logrando obtener armonía periodontal y estética, al recontornear la encía que había perdido su forma fisiológica, mediante la técnica convencional, utilizando mango y bisturí, mejorando la estética del paciente, que exponía sonrisa gingival.
- El diagnóstico clínico debe ser preciso en el tratamiento estético, para el alargamiento de corona asimismo el aplicar un protocolo de tratamiento quirúrgico correcto, que nos permite corroborar la distancia correcta entre la cresta alveolar y el margen gingival luego de efectuada la intervención.
- La estética es un factor importante a la hora de realizar un alargamiento de corona, teniendo en cuenta las características naturales de las encías, en un periodonto sano.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Sugerir al profesional encargado de la cirugía de alargamiento de corona, el planificar la técnica y tener en cuenta las expectativas del paciente antes del procedimiento.
- Es necesario tener al menos 1.5 mm a 2mm de estructura dental sana, para hacer una restauración con garantía sin duda alguna, y siempre se considerará el espacio biológico de 2 mm. supracrestales.
- Motivar e involucrar a los pacientes; en programas de mantenimiento periodontal de por vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A. Ramírez S. Nieto A. García R. Alargamiento de corona estético previo a rehabilitación protésica. Informe de caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2018 [citado 13 de agosto de 2022]; Vol. 11(3); 170-172. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072018000300170](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300170)
2. Castro A. Alargamiento coronario para rehabilitación protésica [Trabajo de grado]. Guayaquil: Universidad de guayaquil; 2017. P. 72
3. Madueño L. Rivera M. Cambios dimensionales y estabilidad de los tejidos para la rehabilitación luego de un alargamiento de corona clínica: revisión sistemática; [Tesis para obtener el Título de Especialista en Periodoncia e Implantología]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020, p. 30
4. Huacayo P. Alargamiento coronario, tratamiento estético periodontal - Reporte de un caso Huancayo- 2021. [Trabajo de grado]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2021. P. 44
5. Briones S. Efectividad estética del Alargamiento de Corona en casos de Sonrisa Gingival. [Trabajo de grado]. Guayaquil: Universidad de guayaquil; 2020, p. 82
6. Pinos X. Ortiz E. Pinos J. Pinos P. Pinos T. Alargamiento de corona en zona estética. Revista OACTIVA UC Cuenca. [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022]; Vol. 6, No. 3, pp. 49-52, septiembre-diciembre, Disponible en:  
<https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/download/458/676/2466>
7. Sierra J. Sandoval S. Andrade F.<sup>5</sup>, Principios quirúrgicos y protésicos del alargamiento coronario: revisión de la literatura. RECIAMUC. [Internet]. 2022 [citado 13 de agosto de 2022]; 2 Ciencias Médicas: 45-54. Disponible en:

<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/876>

8. Oliveira J. Carrera I. Sandoval S. Una mirada acerca de la estética dental. Polo del Conocimiento [Internet]. 2017 [citado 13 de agosto de 2022]; 2.10: 46-53. Disponible en:

<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/377>

9. Menéndez L. Análisis de las características estéticas de la sonrisa según el género en los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista] .Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. p. 178

10. Hernández M. La sonrisa y su patología. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2017 [citado 13 de agosto de 2022]; 3:49-52. Disponible en.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2000/mf003c.pdf>

11. Fradeani M. Análisis dentolabial 3.<sup>a</sup> parte: Línea de sonrisa. (Quintessenz Zahntech. [Internet]. 2017 [citado 13 de agosto de 2022]; 38(4):554-65).Disponible en:

<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=X1130533912680243&r=33>

12. Chávez E. Prevalencia de recesión gingival en los pacientes que acuden a la clínica integral de la facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador período octubre 2015. . [Tesis para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista] Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2016, p 76

13. Campuzano D. Macro anatomía y micro anatomía del periodonto. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.,p. 59



14. Gürel G. Anatomía de la sonrisa. Quintessence técnica (ed. esp.). Volumen 21, Núm. 6. Junio-Julio. 375. [Internet]. 2017 .Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-tecnica-33-pdf-X1130533910521722>

15. Hernández A. Restauración en dientes tratados endodónticamente con previo alargamiento quirúrgico. [Tesis para obtener el Diploma de Especialista].Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.2017. p. 66

16. Cabrera K. Alargamiento coronal quirúrgico en pacientes con sonrisa gingival alta. [Trabajo de grado]. Guayaquil: Universidad de guayaquil; 2019. P. 77

17. Ceballos I. Alargamiento coronario. Resultados a largo plazo. [Trabajo de grado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016. P. 34

18. Villaverde G. Blanco J. Ramos L.Bascones J. Bascones A. Tratamiento quirúrgico de las coronas clínicas cortas: Técnica de alargamiento coronario. Av Periodon Implantol. [Internet]. [Citado 13 de agosto de 2022]; 12, 117-126.Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852000000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852000000300002)

19. Sánchez N. Alargamiento quirúrgico de coronas clínicas. [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Periodoncia].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. p .63

20. Consentimiento informado para cirugía oral menor. [Internet]. 2019; [citado 15 Ag 2022].Disponible en:

<https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Cirug%C3%ADa-Bucal-Menor.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL MENOR

Yo, Stefany Elizabeth MUNIVE CABEZAS (como paciente), con DNI No. 71809137, mayor de edad, y con domicilio en Barrio Chonta S/N – Chupuro—Huancayo - Junta DECLARO Que el Cirujano Dentista Oscar VILCHEZ CAPCHA, y el Bachiller en Odontología Luis Alberto Olivara Justo me han explicado que el propósito de la intervención de cirugía oral menor es para resolver alguno de los siguientes problemas de la cavidad oral: cirugía de bolsas periodontales. Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a, es posible que los fármacos utilizados puedan producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que se me ha informado que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Igualmente, se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales y complicaciones, algunas de ellas inevitables, concretamente: 1.- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes o después de la cirugía. 2.- Hematoma y edema de la región. 3.- Hemorragia postoperatoria. 4.- Dehiscencia de la sutura. 5.- Daño de dientes adyacentes. 6.- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitivo. 7.- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitivo. 8.- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitivo. 9.- Infección postoperatoria. 10.- Ostetis. 11.- Sinusitis. 12.- Comunicación buco nasal y/o bucosinusal. 13.- Fracturas óseas. 14.- Rotura de instrumentos

Tras la información recibida, he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento de cirugía que se me va a practicar. He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido al alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de cirugía.

En Huancayo 10 de setiembre del 2022.



Stefany Elizabeth MUNIVE CABEZAS  
Paciente DNI: 71809137



Oscar VILCHEZ CAPCHA  
Odontólogo  
DNI N° 20066885

COP N° 31648



Bachiller en Odontología  
Luis Alberto Olivara Justo  
DNI N° 40057046

## Anexo 2. Declaración jurada de autoría

### Anexo 2. DECLARACION JURADA DE AUTORIA

En la fecha, yo Luis Alberto OLIVERA JUSTO, identificado con DNI N°40057046, Domiciliado en Jr. Tarapacá N° 506- Huancayo – Junín, BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada: ALARGAMIENTO CORONARIO CON TÉCNICA CONVENCIONAL EN DIENTES ANTERIORES SUPERIORES. Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 10 de setiembre de 2022



Luis Alberto OLIVERA JUSTO  
DNI N° 40057046

**Anexo 3. Fotografías, datos y análisis de laboratorio del paciente**







Jueves, 25 de agosto 2022

PACIENTE: STEFANY ELIZABETH MUNIVE CABEZAS

SEXO: FEMENINO

EDAD: 27 AÑOS

FECHA TOMA DE MUESTRA: 25/08/2022

## RESULTADOS

Muestra : Sangre con EDTA

### HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

#### RANGO REFERENCIAL

Glóbulos rojos	<b>4.85</b>	x10 <sup>6</sup> /uL	<b>3.80 - 6.50</b>
Hematocrito	<b>44.8</b>	%	<b>35 - 55</b>
Hemoglobina	<b>15.2</b>	g/dL	<b>11.5 - 17.5</b>
VCM	<b>87.8</b>	fL	<b>80 - 100</b>
HCM	<b>31.3</b>	pg	<b>27 - 32</b>
CHCM	<b>33.9</b>	%	<b>31 - 35</b>
RDW	<b>13.2</b>	%	<b>11.5 - 15</b>
Glóbulos blancos	<b>5.8</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>5.0 - 10.0</b>
Abastionados	<b>0.0</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>0.0 - 0.4</b>
Segmentados	<b>3.9</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>2.5 - 7.5</b>
Eosinófilos	<b>0.1</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>0.0 - 0.5</b>
Basófilos	<b>0.0</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>0.0 - 0.1</b>
Monocito	<b>0.5</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>0.0 - 0.8</b>
Linfocito	<b>1.3</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>1.0 - 5.0</b>
Abastionados	<b>0</b>	%	<b>0.0 - 4.0</b>
Segmentados	<b>68</b>	%	<b>45 - 75</b>
Eosinófilos	<b>1</b>	%	<b>2.0 - 5.0</b>
Basófilos	<b>0</b>	%	<b>0.0 - 1.0</b>
Monocito	<b>8</b>	%	<b>2.0 - 8.0</b>
Linfocito	<b>23</b>	%	<b>20.0 - 50.0</b>
Plaquetas	<b>191</b>	x10 <sup>3</sup> /uL	<b>150 - 450</b>
VPM	<b>9.7</b>	fL	<b>8 - 12</b>

OBSERVACIONES:



**DR. NAZARIO ORTIZ MICROTRIGO**  
PATÓLOGO CLÍNICO  
CNP 27325 RNE 18111

Horario de atención: Lunes a Sábado de 8:00 am a 7:00 pm.

☎ 01 776 67 78 | 📞 951 489 554 - 944 815 506

📍 Pasaje Unión 195 Distrito ATE - VITARTE (Ref.: Al costado del hospital Lima Este)

✉ e-mail: [referencias@divinolab.com](mailto:referencias@divinolab.com) - [lab\\_divinojes@hotmail.com](mailto:lab_divinojes@hotmail.com) - [informes@divinolab.com](mailto:informes@divinolab.com)

🌐 web: [www.divinolab.com](http://www.divinolab.com)

- Bioquímica
- Inmunología
- Hematología
- Coagulación
- Hormonas
- Uroanálisis
- Microbiología
- Marcadores



viernes, 22 de julio de 2022

PACIENTE: **STEFANY ELIZABETH MUNIVE CABEZAS**

SEXO: **FEMENINO**

EDAD: **27 AÑOS**

FECHA TOMA DE MUESTRA: **22/07/2022**

## RESULTADOS

### RANGO REFERENCIAL

TIEMPO DE SANGRIA	: 1 Min. 20 Seg.	( 1 - 3 Minutos)
TIEMPO DE COAGULACION	: 2 Min. 30 Seg.	(2 - 7 Minutos)

  
DR. NAZARIO ORTIZ NISCHOTZKO  
PATÓLOGO CLÍNICO  
C.M.P. 27335 R.N.E. 18193

Horario de atención: Lunes a Sábado de 8:00 am a 7:00 pm.

☎ 01 776 67 78 | 📞 951 489 554 - 944 815 506

📍 Pasaje Unión 195 Distrito ATE - VITARTE (Ref.: Al costado del hospital Lima Este)

e-mail: [referencias@divinolab.com](mailto:referencias@divinolab.com) - [lab\\_diviniles@hotmail.com](mailto:lab_diviniles@hotmail.com) - [informes@divinolab.com](mailto:informes@divinolab.com)

web: [www.divinolab.com](http://www.divinolab.com)

- Bioquímica
- Hematología
- Hormonas
- Microbiología
- Inmunología
- Coagulación
- Uroanálisis
- Marcadores